Erfahrungen mit äußerer Anwendung von Fluocinolon-acetonid („Jellin") bei Dermatosen

von

Friedrich Lifka

aus Radowenz

Erlangen 1963

1963 № 62

Aus der Hautklinik der Universität Erlangen-Nürnberg
Direktor: Prof. Dr. C.M. H a s s e l m a n n

Erfahrungen mit äußerer Anwendung von Fluocinolon-acetonid ("Jellin") bei Dermatosen

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

Vorgelegt von
Friedrich L i f k a
aus Radowenz

Gedruckt mit Erlaubnis der Medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen-Nürnberg

Dekan: Prof. Dr. A. W i n d o r f e r
Referent: Prof. Dr. C.M. H a s s e l m a n n

Tag der mündlichen Prüfung: 30. Juli 1963

Nachdem man schon seit Jahren mit der parenteralen und oralen Behandlung mit Cortisonen gute Erfahrungen bei der Behandlung der verschiedensten Hautkrankheiten gemacht hat, wurde im Jahre 1950 erstmals über sehr gute Erfahrungen in der Anwendung von Cortisonsalben bei Augenerkrankungen berichtet (Woods, Steffenson et al., Geddes und MCall). Dadurch angeregt, wurde im Jahre 1951 von Homburger und Bonner die lokale Behandlung von Hautkrankheiten mit Cortison in Vaseline und von Zadunaiski mit Cortison in Gelee versucht. Die Erfolge waren jedoch nicht sehr ermutigend.

Leon Goldman et al. hatten dann mit Hydro-Cortison-Acetat in Salbenform jedoch bessere Erfolge erzielt. Eine weitere Verbesserung der Behandlungserfolge erreichte man danach durch Hinzufügung von Antibiotika: Chloromycetin 1,6% und Aureomycin 3% (Grupper 1953), sowie Neomycin (Robinson 1955, Stritzler und Frank 1955, Combleet et al. 1956) zur Vermeidung von Sekundärinfektionen, die bei der Anwendung von reinen Cortisonsalben aufgetreten waren. A. Lützenkirchen (1953) teilte gute Erfolge mit einer 1%igen Cortisonsalbe (Ciba) bei umschriebenen Dermatitiden, allergischen Ekzemen und Erysipelas perstans faciei mit, während sich unter dieser Behandlung Pruritus vulvae, Erythemadotis discoid. und Ulcus cruris verschlechterten. Bei Psoriasis vulg., Dermatitis exfoliativa, Akne vulgaris, Rosacea und Tuberkulosis cutis luposa konnte kein Erfolg erzielt werden.

Bei Verbrennungen wurde von Rehn und Whiteler (1953) eine 0,15%ige Cortisonsalbe mit Erfolg angewandt. Hermann Vollmer (1953) erzielte mit einer 5%igen Cortisonsalbe bei endogenen Ekzemen von 35 Kindern keinen besonderen Erfolg.

Bessere Ergebnisse berichtete McCorriston im Jahre 1954 bei der Verwendung von 1%iger bzw. 2%iger Hydrocortison-Acetat-Salbe bei Säuglings-und Kinderekzemen. In den folgenden Jahren werden immer mehr Erfolge berichtet und von R. Degos im Jahre 1955 auch auf die völlige Unbedenklichkeit der Salbenbehandlung hingewiesen. Auch wurden bereits Cortison- bzw. Hydrocortison in Puder und Lotio mit Erfolg angewendet und dabei besonders die Juckreizstillung und der Rückgang der entzündlichen Erscheinungen hervorgehoben. In der Folgezeit stieg die Zahl der Cortisonsalben und damit die Zahl der Berichte über Erfolge der lokalen Behandlung bei den verschiedensten Hautkrankheiten sprunghaft an. Neben Abwandlungen in der Kombination machte man auch reiche Erfahrungen bezüglich der Konzentration und in dem Maße, wie letztere herabgesetzt werden konnte bei gleichem, zum Teil sogar besseren Behandlungseffekt, verminderten sich auch die Warnungen vor den Gefahren der Steroidsalbenbehandlung bezüglich der allgemeinen Herabsetzung der Antikörperbildung und dadurch verminderter Resistenz gegenüber bakteriellen Infektionen, was bei oraler bzw. parenteraler Anwendung von Steroiden stets beachtet werden mußte. Eine Zusammenfassung der bisherigen kombinierten Corticosteroidsalben und deren Wirkung in der Dermatologie brachten 1960 Winkler und Gossmann (1960 Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten Bd. 29, S. 315 u.ff.).

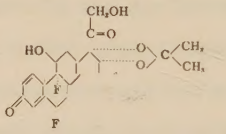
Auch Hans-Eugen Schreiner behandelt im Handbuch der Haut-und Geschlechtskrankheiten von J. Judassohn im Ergänzungsband V. 1 A die lokale Behandlung mit Corticosteroidsalben, wenn er auch in seinen therapeutischen Berichten mehr die perorale und parenterale Anwendung abhandelt. Jedenfalls ist bei ihm eine gewisse Zurückhaltung in der Salbenbehandlung unverkennbar. Doch empfiehlt er zur Behandlung der Alopecia areata und totalis stets erst mit Hydrocortison bzw. Prednisolonsalben zu beginnen, auch bei Verbrennungen 1. bis 2. Grades

empfiehlt er sehr die Anwendung von Prednisolon-, Triamcinolon und Dexamethasonsalbe in Verbindung mit Antibioticis. Besondere Bedeutung mißt er derselben Behandlung bei der Radiodermitis bei. Auch hier kamen die ersten Berichte u.a. von Gay Pietro bereits aus dem Jahre 1955. Nach Katz und Scott (1956) kann durch Vorbehandlung mit Cortisonsalben bei Grenzstrahlen das Erythem ganz oder wenigstens teilweise unterdrückt werden. Auch bereits vorhandene Erytheme konnten besonders nach Röntgenbestrahlungen gut gebesserrt werden (Schreiner 1959).

Verfolgt man die Entwicklung der Steroidsalben, dann fällt in den Berichten der Anfangszeit auf, daß die Mißerfolge zum großen Teil auf die Anwendung zu hoher Konzentrationen zurückzuführen waren und daß anfangs Sekundärinfektionen durch die Resistenzminderung der Haut die Skepsis mancher Dermatologen erklärt. Hatte man anfangs nur reines Cortison verwendet, so konnte bald durch Anwendung des Hydrocortisons eine Verbesserung in der Wirksamkeit der Steroidsalbenbehandlung erreicht werden. Eine weitere erhebliche Wirkungsverbesserung erzielte man, wie bereits oben erwähnt, durch Beifügung von Antibiotika, sowie dadurch, daß man leichter lösliche Hydrocortison-Präparate mit Teer und Antihistaminica anwendete.
Von den synthetisch hergestellten Steroiden wurden bald das Prednison und Prednisolon in Salbenform in Konzentrationen von o,25 bis o,5 % mit bestem Erfolg verwendet, wobei sich zeigte, daß beide in der Wirksamkeit dem Cortison und Hydrocortison bis ums Fünffache überlegen waren, wie Goldman et al. 1955 nachwies. Andere Autoren (Frank und Stritzler 1955, Frolor, Witten und Sulzberger 1957) sahen jedoch eine o,5%ige Prednisonsalbe gegenüber einer 1%igen Hydrocortisonsalbe als weniger wirksam an. Hopf 196o berichtete dagegen über eine 4fach bessere Wirkung der Prednisolonsalben.

Die Entwicklung ging dann weiter über 6-Methylprednisolon zum Triamcinolon weiter über Dexamethason zum 9α-Fluorhydrocortison. Eine weitere Wirkungsverbesserung erzielte Mills (196o) mit dem von ihm entdeckten Fluocinolon-acetonid in Deutschland jetzt als J e l l i n im Handel und zwar in zwei Chargen: als Salbe und als Creme.

Es ist ein 6α , 9α - Difluor-16α -hydroxyprednisolon- 16, 17-acetonid mit der Strukturformel:



Die Substanz wurde eingehend untersucht. Beim Granulomtest an adrenalektomierten männlichen Ratten (eine subc.Injektion Testsubstanz durch 5 Tage) ergab sich eine hundertfach stärkere Wirkung als Hydrocortison. Bei lokaler Anwendung auf der Haut konnte keine Einwirkung auf das Hypophysen-Nebennierensystem gefunden werden. Im Urin wurde nach 24stündiger Applikation von 3o bis 6o Gramm Jellin-Creme keine Erhöhung der 17-Hydroxy-und 17-Ketosteriod-Ausscheidung bei mehrtägigen Versuchen festgestellt.

Bei oraler Zuführung von Fluocynolon-acetonit über 2 Wochen in Dosen von 1,125 mg/kg Körpergewicht bei Hunden traten weder Gewichtsverlust, Diarrhoen oder Entzündungen im Darm auf. Bei Versuchen über 3 Monate lag bei ihnen die Toleranzgrenze zwischen o,o5 und o,125 mg/kg Körpergewicht.

Beim Menschen wurde die Verträglichkeit getestet, indem 10 Gesunden täglich 4 mg Fluocynolon-acetonit durch 9o Tage hindurch appliziert wurden. Die am 45. und 9o. Tag durchgeführten Laborkontrollen: Blut- und Urinstatus, Leberfunktionsprüfungen, Serumwerte

von Na, K, Ca und Cl, sowie die alkalische Phosphatase-Aktivität und die Stuhluntersuchungen zeigten keine Veränderungen gegenüber den Ausgangswerten am Beginn der Versuchsreihe.

Inzwischen wurden im Ausland und in der Bundesrepublik tausende von Fällen mit Jellin behandelt, wobei übereinstimmend der rasche Wirkungseintritt, die Ungefährlichkeit der Behandlung, sowie die Überlegenheit gegenüber früheren Präparaten in den Berichten betont wird. Besonders ins Auge fallend waren das rasche Verschwinden des Juckreizes und der Entzündungserscheinungen, was subjektiv besonders stark empfunden wird. Diese Wirkung des Präparates ist auch objektiv von erheblichem Vorteil, da mit dem Fortfall des Juckreizes die ausgedehnten Kratzeffekte vermieden werden und der Kranke in eine ausgeglichene Reaktionslage gebracht wird, was auf die Heilung wohl nicht ohne Einfluß sein dürfte.

Es war nun die Aufgabe gestellt, die Wirkung von Jellin, über die bereits in der ausländischen und in der deutschen Literatur berichtet worden ist, bei einer Reihe von Hautkrankheiten zu überprüfen und die Ergebnisse festzuhalten. Die Prüfungen wurden in der Universitäts-Hautklinik Erlangen stationär und ambulant vorgenommen. Die dabei gesammelten Ergebnisse sind aus den Übersichtstabellen zu ersehen.

Es muß jedoch auf eine besondere Behandlungsweise , die sich bei der Anwendung des Jellin ergeben hat, noch besonders hingewiesen werden. Es handelt sich um die Okklusivbehandlung mit luftundurchlässigen Folien, über deren Anwendung etwas näher eingegangen werden soll. Dabei ist zu erwähnen, dass von A.W. McKenzie die vasokonstruktorische Wirksamkeit von 2o verschiedenen Corticosteroiden für Lokalanwendung unter Plastik-und perforierter Aluminiumfolie untersucht wurde, wobei er feststellte, daß dabei der Wirkungseffekt

sich um das loofache verstärkt, gegenüber einfacher lokaler Anwendung ohne Folie. In den vorliegenden Fällen wurden jedoch keine besonderen Vergleiche zwischen Jellin und anderen ähnlichen Salben oder Cremen angestellt, sondern lediglich die Wirksamkeit der Jellin-Behandlung bei verschiedenen Hautkrankheiten rubrifiziert, wobei insbesondere die ausgezeichnete Wirksamkeit der Okklusivbehandlung betont wird.

Das Prinzip der Okklusivbehandlung ist das der feuchten Kammer, die schon in früheren Jahren vielfach Anwendung gefunden hat. Man geht nun folgendermaßen vor:

Der Krankheitsherd wird nicht zu dünn mit Jellin-Salbe bzw. Jellin-Creme bestrichen, dann mit einer etwas überstehenden Plastikfolie bedeckt und die Ränder der Folie am besten mit einem Heftpflasterstreifen befestigt und damit luftdicht abgeschlossen. Zu beachten ist, daß die Folie dicht auf der betreffenden Körperstelle aufliegt, was durch Umwicklung mit Binden, evtl. mit Elasticbinden oder mit weiteren Heftpflasterstreifen, die man unter Umständen auch dachziegelartig darüber legt, zu erreichen ist. Ist aus technischen Gründen z.B. am Kopf eine Folienbehandlung nicht möglich, dann kann man sich am Kopf mit einer enganliegenden Badekappe, an den Fingern und Händen mit Gummihandschuhen (falls im Handel befindliche Plastikhandschuhe fehlen) behelfen. Vor der Anwendung feuergefährlichen Plastikmaterials muß jedoch gewarnt werden. Manche Autoren warnen auch mit Rücksicht auf den Wärmehaushalt vor zu ausgedehnter Folienbehandlung über große Flächen, besonders bei Kindern und Kleinkindern. Die Folien bleiben möglichst 3 bis 4 Tage liegen, erst dann werden die Verbände gewechselt. Der bei dem Verbandswechsel auftretende unangenehme

Geruch ist rasch und leicht durch abwaschen zu beseitigen. Bei unseren Versuchen wurde durchwegs die Oclufol-Folie verwendet, die auch gut vertragen wurde. Beim Verbandswechsel ist streng darauf zu achten, daß keine evtl. aufgetretene Sekundärinfektion übersehen wird, bei evtl. auftretender Pflasterunverträglichkeit kann der gereizte Hautbezirk beim nächsten Verband ebenfalls mit Jellin bestrichen und unter die Folie mit einbezogen werden. Zu empfehlen ist z.B. bei Psoriasisbehandlung die Herde vorher mit einem Keratolytikum zu erweichen und evtl. zu entfernen, nur dünn mit Schuppen belegte Herde benötigen keine Vorbehandlung. Selbstverständlich müssen alle Dermatosen, die vor allem der Okklusivbehandlung zugeführt werden sollen, frei von bakteriellen und mykotischen Überlagerungen sein, was mit antibiotischer bzw. antimykotischer Vorbehandlung zu erreichen ist. Die Wahl zwischen Salbe und Creme ist durch den Hauttyp gegeben, evtl. ist gelegentlich ein Übergang von Salbe auf Creme oder umgekehrt angezeigt, besonders bei evtl. unbefriedigenden Behandlungsresultaten. Erst wenn dann und nach Überprüfung der lege artis angewandten Folienbehandlung ein Erfolg ausbleibt, sollte man das Medikament absetzen. Bei der Behandlung von Unterschenkelgeschwüren muß man erwartungsgemäß mit einer längeren Behandlungsdauer rechnen.

W. Boslet zeigte auch illustrierte Erfolge der Okklusivbehandlung bei Prurigo nodularis und Lichen ruber verrucosus. Ausführlich berichten auch E. Bender, P. Zierz und K.F. Rasp in " Die med. Welt " 1962 Nr. 47 über ihre Erfahrungen und die Folientechnik bei der Psoriasis vulgaris mit Jellin.

Um die erzielten Behandlungsergebnisse übersichtlich zu gestalten folgen einige Zusammenstellungen in Tabellenform. Daraus ist leicht ersichtlich, daß die Domäne der Jellinbehandlung die Vielfalt der Ekzemformen und die Psoriasis sind. Über die übrigen angeführten Fälle läßt sich infolge der kleinen Zahl nichts Verbindliches aussagen. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, dass es sehr darauf ankommt, wer und mit welcher Routine der Betreffende die Behandlung durchführt. Denn auch dabei kommt es sehr vor allem auf die Sorgfältigkeit der Folienbehandlung und der steten Überwachung vor allem in Hinsicht auf eine evtl. Sekundärinfektion an. Man muß sich dabei immer vor Augen halten, daß man keine Wunderdroge verwendet, die eo ipso einen Heilungserfolg garantiert, sondern daß es auch bei dieser Behandlungsart auf die Erfahrung ankommt und auf die Mühe und Sorgfalt, die man dabei aufwendet.

Von Seiten des Patienten hat man kaum Schwierigkeiten zu erwarten, da die meisten Hautkranken schon von sich aus natürlich den Wunsch haben, alles dazu beizutragen um von ihren Leiden befreit zu werden. So konnte ich bei einer sonst sehr uneinsichtigen Patientin von über 7o Jahren trotz all ihrer persönlichen Schwierigkeiten durch die lange und umständliche Anfahrt zu dem jeweiligen Verbandswechsel erreichen, daß sie regelmäßig zur Behandlung erschien, nachdem sie bereits nach der ersten Folienbehandlung ihrer seit 2o Jahren bestehenden Ulcera cruris erstmals ohne Schmerzen und ohne Schlafmittel schlafen konnte. Es sei jedoch gleich an dieser Stelle darauf hingewiesen, daß beim Ulcus cruris die Jellinbehandlung mit Okklusivverbänden bei Bettruhe einen rascheren und besseren Erfolg erzielen läßt als eine ambulante Behandlung, bei der die Patienten ihrer Arbeit weiter nachgehen.

Bei den Psoriasisfällen ist man beim Befall ausgedehnter Hautflächen auf die stationäre Behandlung angewiesen, denn im Berufsleben ist der Anwendung der Okklusivverbände vor allem über Gelenke eine Schranke gesetzt, die man wohl kaum auch durch die knifflichsten Verbände nicht umgehen kann. Bei weniger ausgedehnten Herden läßt sich auch in der Ambulanz in kürzester Zeit fast durchwegs immer ein gutes Resultat erzielen, doch sollte man die Grenzen der ambulanten Behandlung nicht zu weit abstecken, um den Kranken nicht mit einer zwar aussichtsreichen, ambulant aber kaum durchführbaren Behandlung den Glauben an die Wirksamkeit des Mittels und der Behandlungsform zu nehmen. Sind die Herde über den ganzen Körper ausgedehnt, ist es natürlich nicht möglich mit Rücksicht auf die notwendige Hautatmung den ganzen Körper in einen Plastikverband einzuhüllen, obwohl man theoretisch damit rasch zum Ziele kommen müßte. Die ausgedehnten Fälle sollten erfahrungsgemäß unbedingt stationärer Behandlung vorbehalten bleiben. Der Nachteil des hohen Preises des Medikamentes dürfte zu einem erheblichen Teil bei der raschen Wirksamkeit des Medikamentes durch die Abkürzung des Klinikaufenthaltes aufgewogen werden, sollte also kein Anlaß für eine Nichtanwendung des Mittels darstellen. Es soll dabei auch nicht übersehen werden, daß die seelische Haltung vor allem des Psoriatikers bei der raschen Abheilung seiner lästigen und psychisch stark belastenden Krankheit einen unverkennbaren Auftrieb erhält. Besonders Frauen sind sehr dankbar, wenn ihr Leiden nicht mehr " durch die Strümpfe schimmert ". Es ist also wohl die Anwendung dieses wenn auch teuren Mittels bei den zu erwartenden und rasch eintretenden Erfolgen durchaus vertretbar. Auch stellt sie für den Kranken keine Belästigung dar und ist so gut wie völlig ungefährlich, wenn keine feuergefährlichen Folien verwendet werden. Selbstverständlich wird die Psoriasis durch Jellin niemals " geheilt ", sondern nur die derzeit hyperkeratotischen und akanthotischen Plaques beseitigt,

während die pathologische Stoffwechselstörung beim Übergang der Sulfhydryl- in die Disulfid-Gruppen nach wie vor fortbesteht und über kurz oder lang zu Rezidiven führt.

Bei den Dermatitiden und Ekzemen mit ihrem mannigfachen Erscheinungsbild kann bei richtiger Anwendung von Jellin, wenn irgend möglich mit Folienbehandlung, unter Umständen von staunenswerten Erfolgen gesprochen werden. Waren doch bisher schon für den erfahrenen Kliniker diese Krankheiten eine Crux, die von seiten der Ärzte und der Patienten ein Unmaß von Geduld verlangte. Trotz der Vielfalt der Mittel, die vor der Einführung der Steroidsalbenbehandlung mit mehr oder weniger Erfolg angewendet wurden, dauerte in den meisten Fällen die Behandlung reichlich lang und häufig war der aufgewendeten Mühe der Erfolg versagt. Mit der Einführung der Steroidsalbenbehandlung bei den verschiedenen Ekzemformen änderte sich diese Lage zum Besseren. Die oft rasche Verbesserung des Zustandbildes, besonders die Beseitigung des Juckreizes und der entzündlichen Erscheinungen, sowie die häufige schnelle Abheilung waren auf alle Fälle ermutigend und die Erfolge wurden durch die Einführung der Folienbehandlung noch verbessert.

Natürlich soll nicht gesagt sein, daß nun durch die Steroidsalben in der Behandlung der Hautkrankheiten ein Allheilmittel gefunden wäre. Es ist auch bereits erwähnt worden, daß auch bei dieser Behandlungsart Rezidive nicht ausbleiben, sie sprechen jedoch fast durchwegs auf erneut einsetzende Steroidsalbenbehandlung ebenso prompt wieder an. Schließlich besteht ja bei den betroffenen Patienten meist eine Ekzembereitschaft und so ist es einleuchtend, daß z.B. Kontaktekzeme bei erneuter Einwirkung der auslösenden Noxe auf die Haut

wieder mit einem Aufflackern des Ekzems reagiert wird. Man muß deshalb möglichst nach der kausalen Therapie suchen, d.h. das auslösende Moment ausfindig machen und den Kranken darauf hinweisen, daß er alles vermeidet, was zum Wiederaufflackern einer Kontaktdermatitis führen muß z.B. beim Hutbandekzem oder solchen, die durch Waschmittel, Kosmetika oder Zinkspangen an Strumpfhaltern usw. hervorgerufen werden.

Ebenso eindeutig gute Erfolge konnten beim Gehörgangsekzem erzielt werden, für den Patienten eine einfach anzuwendende Behandlung. Diese Ekzeme heilten meist in wenigen Tagen ab. Auch die Gesichtsekzeme sprachen gut und rasch an, obwohl dabei keine Folienbehandlung durchgeführt, sondern die Salbe bzw. Creme nur zweimal täglich aufgetragen wurde. Auch auf die guten Ergebnisse beim Milchschorf möchte ich hinweisen.

Besonders hinzuweisen wäre noch auf die Ergebnisse bei Pruritus ani et vulvae. Auch hier dürfte ein leicht anwendbares und erfolgversprechendes Mittel infolge der Einfachheit in der Durchführung die Behandlung sehr erleichtern. Sehr gute Erfolge konnten auch bei der Behandlung des Herpes simplex mit Jellin erreicht werden. Die Behandlung der Akne zeigte mit Jellin kaum einen wesentlich besseren Erfolg, als sie mit den bisherigen Methoden zu erzielen waren.

Die Brandwunden zeigten unter Jellin eine rasche Heilungstendenz, es handelte sich in den angeführten Fällen um Verbrennungen 2. Grades.

Eine gute Wirkung mit rascher Abheilung erbrachte auch die Behandlung der beiden Balanitisfälle mit Jellin.

Um die Indikation der Jellin-Behandlung zu erweitern, wurde auch versucht, bei Portioerosionen bzw. Ektopie der Portio Jellin anzuwenden. Die Erfolge waren jedoch nicht ermutigender als andere

Behandlungsmethoden, z.B. mit Argentumtouchierungen.

Schlecht waren die Ergebnisse beim generalisierten Ekzem und beim seborrhoischen Ekzem. Bei Letzterem läßt sich infolge der kleinen Zahl nicht viel sagen, bei den Fällen mit generalisiertem Ekzem ist es schwierig, mit ausgedehnten Folien zu behandeln, jedenfalls zeigen die wenigen befriedigenden und negativen Resultate, daß auch bei der Jellin-Behandlung Versager vorkommen, deren Ursachen sich nicht immer klären lassen. Auch die Fälle, die Jellin nicht vertrugen, sind mit angeführt, die Ursache der Unverträglichkeit war ebenfalls nicht zu eruieren.

Eine vergleichende Behandlung mit Steroidsalben anderer Firmen fand nicht besonders statt, es ist auch eine Wertung gegenüber anderen Präparaten nicht beabsichtigt gewesen. Auf Blindversuche wurde durchwegs verzichtet, Halbseitenversuche demonstrierten die gute Wirksamkeit des Mittels. Auf die weitgehend gute Verträglichkeit des Präparates wurde bereits hingewiesen, nur wenige Fälle reagierten mit Unverträglichkeit.

Da bei den Versuchen, die Scholz durchführte (" Lokale Behandlung der Psoriasis mit Fluocinolon-Acetonid " Arch. Derm. 84 1029, 1961) unter Okklusiv-Verband bei Psoriasis verschiedentlich Folliculitis und einmal ein Köbnersches Phänomen beobachtet werden konnte, warnt er vor der Anwendung der Okklusivverbände bei acuter aktiver Psoriasis. Um auf die häufigen Warnungen vieler Autoren vor zu ausgedehnten Okklusivverbänden zurückzukommen, sei auf die Arbeit von Scoggins:"Reduzierung der Corticosteroid-Ausscheidung im Urin und Verabreichung von Fluocinolen-Acetonid unter dem Okklusivverband" (I.Invest.Derm. 39 , 473, 1962) hingewiesen, der diese Technik mit Ausnahme von Kopf und Genitale über dem ganzen übrigen

Körper anwendete und dabei eine Reduzierung der Harnsteroide sah. Klinische Nebenwirkungen beobachtete er nicht.

Sämtliche in den Tabellen angeführten Fälle waren vorher nicht mit Steroidsalben, auch nicht peroral oder parenteral mit Steroidpräparaten behandelt worden. Es konnten deshalb auch anamnestisch keine Vergleiche mit anderen Steroidpräparaten oder anderen Steroidbehandlungsmethoden gezogen werden. Vergleicht man jedoch die vorliegenden Ergebnisse mit den Veröffentlichungen vieler Autoren des In-und Auslandes über Jellin-Behandlung derselben Krankheiten, dann decken sich die Erfolge und auch die Mißerfolge fast durchwegs. Es werden also die bisherigen Erfahrungen bestätigt.

Bedeutungsvoll ist vor allem die große Wirksamkeit und die ausgedehnte Anwendbarkeit des Mittels und der Behandlungsmethoden für die ambulante Praxis, wobei nochmals auf die rasch eintretende Wirkung hinsichtlich Juckreizbeseitigung und auf den schnellen Rückgang der entzündlichen Erscheinungen hingewiesen werden soll.

Die folgenden Tabellen geben übersichtlich Auskunft über die Behandlungsresultate der angeführten Fälle.

Ergebnisse:	++	+	±	neg.	u.	
Ekzem und Dermatitis	71	1o	3	8	1	93
Psoriasis vulg.	19	1o	3	5	-	37
Psoriasis inversa	-	-	1	2	-	3
Herpes simplex	9	3	-	-	-	12
Milchschorf	11	1	-	-	-	12
Ulcus cruris	2	4	2	3	1	12
Akne juvenil	3	8	4	-	-	15
Pruritus vulv. et ani	8	1	3	-	1	13
U'schenkel-Stauungsdermatose	1	2	-	2	-	5
Sekundäre Erythrodermie	-	-	-	2	-	2
Cheiro-Podopompholyx	3	2	-	-	-	5
Epidermophytie	1	3	-	1	-	5
Erythematodes	-	-	2	-	-	2
Lichen ruber verrucosus	1	-	-	-	-	1
Lichen ruber planus	1	-	-	-	-	1
Akne rosacea	-	-	-	1	-	1
Post-rad.Strahlen-Ulcus	-	1	-	-	-	1
Cheilitis	-	-	1	-	-	1
Neurodermitis	2	1	-	-	-	3
Herpes zoster	1	-	-	-	-	1
Akrodermatit.contin. bd. Hände	1	1	-	-	-	2
Balanitis	3	-	-	-	-	3
Trichophytie	1	1	-	-	-	2
Mykosis fungoides Tumoren	-	2	-	-	-	2
Brandwunden	4	2	-	-	-	6
Alopecia areata	-	2	1	-	-	3
Portio-Erosio	-	2	4	2	-	8
Insgesamt:	142	56	24	26	3	251

Es bedeuten: ++ sehr gut + gut ± unbefriedigend
neg. ohne Einfluß u. unverträglich

Ergebnisse:	++	+	±	neg.	u.	
Gehörgangsekzem	10	2	-	-	-	12
Kontaktekzem	17	1	-	-	-	18
Gesichtsekzem	14	3	1	1	-	19
Generalis.Ekzem	-	3	-	4	1	8
U'schenkelekzem	9	-	-	-	-	9
Dyshidrot.Ekzem	5	-	1	-	-	6
Endogenes Ekzem	4	-	-	-	-	4
Seborrh. Ekzem	-	-	1	2	-	3
Mykot. Fußekzem	2	-	-	1	-	3
Urticariell.Ekzem	2	-	-	-	-	2
Kopfekzem	-	3	-	-	-	3
Lidekzem	4	-	-	-	-	4
Chron. Ekzem	1	-	-	-	-	1
Mikrobielles Ekzem	1	-	-	-	-	1
Insgesamt:	69	12	3	8	1	93

Es bedeuten: ++ sehr gut + gut ± unbefriedigend

neg. ohne Einfluß u. unverträglich

Literatur.

Horne: "Die lokale Cortison-Behandlung syphilit.Augenerkrankungen" Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten Bd. 13, 1952, S. 353.

Crassweller, Farmer, Franks, McLachlin: "Behandlung mit Cortison, 3 schwere Fälle von Verbrennung" (1951 Bd. 11, S. 445).

Julius L. Danto, Stuart Maddin and Florence Sinner: "Die eosinophile Reaktion bei normalen Versuchspersonen nach Einreibung von Cortisonsalbe" I.Invest. Dermat. 18, 381-384 (1952).

Max Grolnik: "Untersuchungen über die hautsensibilisierende Fähigkeit von Cortison", I. Allergy 23, 416-419 (1952).
Marion B. Sulzberger and Viktor H. Witten: "Die Wirkung von örtlich angewandtem Compound F bei ausgewählten Dermatosen" (I.Invest.Dermat. 19, 101-102 (1952).

A. Lützenkirchen: "Cortisonsalbe (Ciba) in der Dermatologie" Z.Hautkrankheiten 14, 56-58.

Jörg Rehn u. M. James Whitelar: "Die lokale Behandlung von leichten Verbrennungen mit Cortisonsalbe" - Die Medizinische 1953, 388-89.

Leon Goldman, Herbert O'Hara, J. and Joanne Baskett: "Über die lokale Reaktion der menschl. Haut auf Cortison und Verbindung F" - I.Invest.Dermat. 20, 271-83 (1953).

Alexander A. Fischer: "Beryllium-Granulom und Geschwür der Finger" - Archiv of Dermat. 67, 523 (1953).

Hermann Vollmer: "Ekzembehandlung mit Cortisonsalbe" - Arch. of Dermat. 68, 525-29 (1953).

Lila Redmond McCorriston: "Hydrocortisonacetatsalbe beim Säuglings- und Kinderekzem" - Canad.Med.Ass. I. 70, 59-62 (1954).

P. Témine: "Unsere ersten Ergebnisse mit Hydrocortison bei lokal. Anwendung in der Dermatologie" - Bull.Soc.franc.Dermat. 61, 164-167 (1954).

F.D. Malkinson and G.C. Wells: "Klin. Erfahrungen mit Hydrocortisonsalbe" - Brit.I.Dermat. 66, 3oo-3o3 (1954).

Edwin Sidi et I.Bourgeois-Gavardin: "Veränderungen der Haut nach externer Applikation od. lokal. Injektion von Hydrocortisonacetat" - Presse méd. 1953, 176o-1763.

Bjorn Heilesen, Arge Kristjansen and Fleming Reymann: "Hydrocortison in der Behandlung von Hautkrankheiten" - Arch.of Dermat. 70, 36o-372 (1954).

Koehler: "Hydrocortisonsalbe mit bakterizidem Wirkstoff zur Behandlung mikrobieller und seborrh. Ekzeme" - Zeitschrift f.Haut-u. Geschlechtskrankheiten 19, 146 (1955).

Meyhöfer u. Lanz: "Therapeut.Erfahrungen mit Hydrocortisonacetat-Salbe" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 18, 324 (1954).

Holger Brodshagen: "Behandlung von Hautkrankheiten mit Hydrocortison-Salbe" - Acta dermat.-venerol. 35, 51-57 (1955).

Bj. Heilesen, A. Kristjansen and Fl. Reymann: Hydrocortison-Salbenbehandlung bei Kindern mit endogenem Ekzem" - Acta allergol. (Kopenh.) 8, 314-322 (1955)

Lavrence Frank, Conrad Stritzler and Jerome Kaufman: "Klin.Bewertung einer o,5%igen Hydrocortisonsalbe" - Archiv of Dermat. 71, 637-638 (1955).

F. W. Schlockermann: "Hydrocortison-u.Hydrocortison-Terramycin-Salben in der Behandlung der Hautkrankheiten" - Therap.Gegenwart 94, 331-333 (1955).

H. Haustein: "Über die Anwendung von Cortison und seinen Derivaten in der dermatol.Praxis" - Therap.Gegenwart 96, 1oo-1o2 (1957).

Hilpert: "Möglichkeiten des Einbaues einer Hydrocortisonsalbe mit Zusatz eines Antibiotikums in die Therapie von Hautkrankheiten (Hydrocortimycin)" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 22, 13 (1957).

F. Lehmann: "Externe Hydrocortison-Therapie in Kombination mit einem Lokalanalgeticum" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 22, 53 (1957).

I. Hewitt, L. Richon, I.I. Meyer de Schmid et P. Desvignes: "Die ersten Ergebnisse mit einem neuen Steroid, dem Triamcinolon-Acetonid bei lokaler Applikation" - Bull.Soc.Franc.Derm. Syph. 65, 594-596 (1958).

John L. Fromer: "Gebrauch und Mißbrauch der Corticosteroide bei der Behandlung der Hautkrankheiten" - Med.Clin.W.Amer. 44, 521-53o (196o).
Michael Jänner: "Die lokale Behandlung von Hautkrankheiten mit Triamcinolon-Acetonid" - Med.Klin. 55, 168o-1682 (196o).

H. Hoffmann: "Die Behandlung mit Cortisonsalben mit niedrigem Wirkstoffgehalt" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 28, 332-336 (196o).

A. Winkler u. H. Gossmann: "Die prakt.Anwendung von kombinierten Corticosteroid-Salben" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 29, 315-321 (196o).

Gustav Hopf: "Zweckmäßigkeit und Grenzen der Corticoidsalbentherapie" - Dtsch.med. J. 11, 560-563 (1960).

K. Goyert: "Zur Lokalbehandlung verschiedener chron. Dermatosen mit einer Teer-Corticoid-Salbe" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 30, 42-45 (1961).

Harvey I.Cohen and Rud. Baer: "Beobachtungen über die lokale Anwendung von Triamcinolonacetonid, Zubereitungen in verschiedenen Konzentrationen" Dermatologica (Basel) 122, 116-119 (1961).

E.G.Schubert: "Erfahrungen mit Deltacortril-D-Salbe mit und ohne Neomycin" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 28, 276 ff. (1960).

H. Holzmann u. G.W. Kösting: "Über die lokale Wirksamkeit eines doppelt-fluorierten Corticosteroids" - Zeitschrift f.Haut-u.Geschlechtskrankheiten 28, 270 ff. (1960).

W. Boslet: "Therapeutische Erfahrungen mit Fluocinolon-acetonid in Kombination mit Langzeitokklusiv-Verbänden" - Arzneimittel-Forschung 12, 1109-1112 (1962).

Cahn, M.M. und Levy, E.J.: "Fluocinolon-acetonid, ein neues Lokal-Corticosteroid: Klinische und pharmakolog. Auswertung" - J.new.drugs., 1, 262 (1961).

Delzant, O.: "Klin.Prüfung eines neuen Mittels zur lokalen Behandlung entzündlicher Prozesse" - Presse médicale 69, 1747 (1961).

H.M. Robinson, J. Raskin und W.J.R. Dunseath: "Lokaltherapie mit Fluocinolon-acetonid" - Bull.Sch.Med.Maryland 47, 21 (1962).

J.R. Scholtz: "Lokale Behandlung der Psoriasis mit Fluocinolon-acetonid" Arch.Derm. 84, 1029 (1961).

R.B. Scoggins: "Reduzierung der Corticosteroid-Ausscheidung im Urin nach Verabreichung von Fluocinolon-acetonid unter dem Okklusivverband"- J.Invest.Derm. 39, 473 (1962).

A.W. McKenzie: "Perkutane Resorption von Steroiden" - Arch.Dermat. 86, 611 (1962).

E. Bender, P. Zierz und K.F. Rasp: "Klinische Erfahrungen mit Fluocinolon bei örtlicher Behandlung der Psoriasis vulgaris" - Med.Welt 1962, 2508.

Lebenslauf.

Ich, Friedrich Lifka, bin am 17. 11. 1906 in Radowenz / Krs. Trautenau geboren. Nach dem Besuch der Volksschule in Radowenz und Rumburg 1913 bis 1918, sowie des Realgymnasiums mit Abitur im Jahre 1926, studierte ich an der Med. Fakultät der Deutschen Universität in Prag und promovierte im Juni 1932 zum Dr. med. Anschließend war ich bis Ende 1932 auf der Schloffer'schen Klinik in Prag tätig, im Jahre 1933 und 1934 bei Professor Kortzeborn in Leipzig. Dann war ich Arztvertreter bis 1939 in verschiedenen Arztpraxen Mitteldeutschlands.

Ein Versuch, die deutsche Staatsangehörigkeit zu erwerben, schlug trotz Befürwortung durch die Landesärztekammer in Halle/Saale fehl. Da ich auch bei einem Erwerb der deutschen Staatsangehörigkeit einen Großteil meines med. Studiums hätte wiederholen müssen, war ich ab Wintersemester 1933 mit Unterbrechungen an der Universität in Leipzig inscribiert. Als ich nach meiner Militärdienstzeit (Febr. 1940 bis Juni 1945) nicht mehr in meine Heimat zurückkehren konnte, wo inzwischen von den Tschechen meine Wohnung in Rumburg ausgeplündert worden war, hatte ich keinerlei Unterlagen über meine Studienzeit in Prag. Deshalb bemühte ich mich um Zulassung zum Staatsexamen an der Med. Fakultät der Universität in Leipzig und schloß dort am 29. 1. 1947 mein Staatsexamen mit der Note " gut " ab.

Da durch das damalige Innenministerium des Landes Sachsen-Anhalt meine Angaben über mein Studium und dessen Abschluß in Prag nachgeprüft worden war, verzichtete ich auf eine Doktorarbeit an der Universität in Leipzig. Nach laufenden Praxisvertretungen bekam ich im Jahre 1950 die Niederlassungsgenehmigung als prakt. Arzt in Bad Lauchstädt und ab 1952 die Niederlassungsgenehmigung in Oranienbaum bei Dessau.

Ich verließ am 28. Januar 1956 die SBZ, weil ich dort in den Staatsdienst gezwungen werden sollte und war bis Ende 1956 in Oberfranken als Praxisvertreter tätig. Im November 1956 bekam ich die Niederlassungsgenehmigung als prakt. Arzt in Wunsiedel/Ofr., wo ich seit 1.1.1957 als prakt. Arzt tätig bin, nachdem meine sowjetzonale Bestallung vom Bayer. Staatsministerium des Innern als gültig anerkannt worden war.

Da ich die Berechtigung zur Führung des Dr. Titels infolge Fehlens der Originalpapiere nicht ausreichend nachweisen konnte, will ich diesen Titel durch meine Dissertation an der Universität in Erlangen erwerben.
Ich bin Heimatvertriebener und anerkannter Sowjetzonenflüchtling.

Friedrich Lilea

GEDRUCKT BEI LUDWIG MÜLLER ERLANGEN